

**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**

# **VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Subred Integrada de Servicios  
de Salud Norte L.S.L.

# **COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE) LOCALIDAD DE SUBA MES DICIEMBRE 2017**

## **A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**

Fecha: 22/12/2017

Lugar: Hospital de Suba Auditorio Ak 104 152 C 50

Hora: 8:00 a.m.

Citada por: Subred Norte USS Suba

Próxima reunión: A concretar

1. **OBJETIVO:** Propiciar un espacio que permita el fortalecimiento del proceso de vigilancia de eventos de interés en salud pública

## **B) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COVE.**

La reunión se inicia con la Instalación del COVE, donde se presenta la agenda del día, metodología de trabajo para la Sesión, se lee el acta anterior, para esta última no existen sugerencias y se aprueba el acta.

### AGENDA:

1. Lectura del acta anterior e instalación del cove
2. Comportamiento de lesiones por causa externa (sivelce)
3. Tema principal meningitis
4. Utilización de la vacuna inactivada contra la poliomiелitis de manera fraccionada.
5. Manejo programático de tuberculosis
6. Unidad de análisis
7. Sivigila – tableros de control

## **C) DESARROLLO DE LA AGENDA**

Una vez instalado el espacio se da inicio a la agenda del día con los siguientes espacios abordados

### **1. SIVELCE - Comportamiento de lesión de causa externa**

Dentro del plan operativo para fin de año esta desarrollar una estrategia de *vigilancia epidemiológica intensificada* para la intervención oportuna de los eventos de mayor probabilidad de ocurrencia en la época de fin de año 2017 e

inicio de año 2018, con los recursos técnicos y el talento humano disponible y suficiente para la vigilancia, prevención, control y atención de posibles emergencias a fin de garantizar la adecuada cobertura del sistema de prestación de servicios de salud de acuerdo a las competencias de la entidad.

Hay actividades de barrido diario como todos los años donde en la subred norte espera tener 45 barridos realizados del 1 de diciembre de 2017 al 14 de enero de 2018, reconocimiento de eventos diario en UPGD a las 03:00am-04:00pm, los días pico (días críticos) se realiza barrido telefónico doble los 12:00m y 16:00, reporte diario a SDS 05:00-05:30am y 17:00. Se espera días críticos : 7, 8, 24, 25 y 31 de diciembre 2017 ENERO: 1 y 9 de 2018.

Se presenta un comportamiento similar al de otras temporadas, reconociendo como hallazgo relevantes :

1. Ingreso a Unidades de Urgencias en la madrugada del día posterior a la festividad.
2. Se han identificado procedimientos en hogar (remedios caseros) .

Los elementos pirotécnicos causantes de lesiones son : Cohetes ( pito, volador entre otros), elementos de fabricación artesanal como los Totes cabe resaltar que son los mas comunes ya que la cantidad de artefactos son muchos.

Por último se cita que esta navidad se espera que ningún niño este quemado por pólvora feliz navidad.

## 2. MENINGITIS

La epidemióloga Catalina Páez hace su intervención con el tema de meningitis haciendo la claridad que la invitada de la Secretaria no pudo asistir por cuestiones administrativas.

Se recuerda que la Meningitis es el proceso inflamatorio que compromete las meninges: aracnoides y piamadre. La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes microorganismos causantes de esta enfermedad, bacterias, virus, hongos, parásitos y medicamentos. Los más importantes son las meningitis bacterianas (MB): *Haemophilus Influenzae* (Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus*

Hay que tener en cuenta que la enfermedad se ve facilitada por el contacto

estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada su único reservorio es el ser humano no existe posibilidad que los animales puedan ser portadores de la enfermedad.

- Hay personas que son portadoras faríngeas de la bacteria, que a veces, por razones no totalmente esclarecidas, puede superar las defensas del organismo y propagarse al cerebro a través del torrente sanguíneo.

- Aunque nuestros conocimientos tienen lagunas, se cree que un 10 a 20% de la población es portadora de *Neisseria meningitidis*, aunque la tasa de portadores puede ser más elevada en situaciones epidémicas

Aunque ya varias veces se ha tratado el tema se enfatiza en recordar los síntomas para identificar a tiempo una meningitis a la que podemos dar tratamiento y evitar una mortalidad.

#### Signos y síntomas frecuentes de MB

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Vómitos
- Mialgias y artralgias
- Convulsiones
- Incapacidad para tolerar la luz (Fotofobia) o dolor ocular
- Rigidez de nuca
- Abombamiento de la fontanela en menores de 2 años
- Rash purpúrico o petequiral.
- La tríada sintomática clásica de: fiebre, cefalea y rigidez de nuca, se presenta en un 50 a 90% de los casos
- El compromiso de los pares craneanos: IV, VI y VII, se observa en un 20% de los casos.

Los signos meníngeos, es decir, la rigidez de nuca, los signos de Kernig y Brudzinski se presenta en más del 50% de los casos, sin embargo, su ausencia no descarta el diagnóstico

En vigilancia epidemiológica se maneja según protocolo una definición de caso de la siguiente manera:

Todo paciente que presente inicio súbito de fiebre mayor a 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes signos y síntomas:

- Rigidez de nuca
- Alteraciones de conciencia
- Señales de irritación meníngea (signos de Kernig y Brudzinski)
- Acompañado o no de rash purpúrico o petequeal (meningococo)
- En menores de un año abombamiento de la fontanela.

Hay que tener en cuenta que la UPGD debe garantizar la toma del laboratorio para poder realizar un diagnóstico eficaz y así mismo tipificar para saber en realidad si se hace profilaxis o no. El examen de LCR deberá contar con las siguientes condiciones

- -LCR turbio
- Gram de LCR positivo para bacterias:
  - Diplococos Gram positivos (meningitis neumocócica)
  - Diplococos Gram negativos intrao extracelulares (meningitis meningocócica)
  - Bacilos Gram negativos (meningitis por *H. influenzae*)
- Recuento de leucocitos mayor de 100/mm<sup>3</sup>, con 80% de neutrófilos
- Elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl
- Disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl

Es importante también hablar de la enfermedad meningocócica Infección invasora: Meningitis y/o meningococemia (SEPSIS): Fiebre, escalofríos, malestar general, exantema macular, maculopapular o petequeal.

- Sd. Waterhouse Friderichsen
- Púrpura, CID, shock.
- Dolor en extremidades/articulaciones
- Frialidad de extremidades y prolongación de llenado capilar
- Piel palida o moteada
- Taquicardia
- Taquipnea, alteración de la respiración
- Hipertonía
- Oliguria, sed
- Rash en cualquier parte del cuerpo (puede no ser signo temprano)
- Dolor abdominal (puede asociarse a diarrea)
- Somnolencia, confusión o alteración de la consciencia (signo tardío)
- Hipotensión (muy tardío, signo premuerto en niños)

- Deterioro rápido

Para esta se realiza también una toma de laboratorio de LCR

- Punción lumbar para realizar estudio citoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo y hacerlo lo antes posible una vez se establezca la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano.

## Diagnósticos

### Toma de muestras

ENVIO LCR AL INS en aquellos casos en los que el cultivo es negativo por tener antibiótico terapia pero la clínica cumple criterios para definición de caso se debe enviar LCR500 ul directamente al INS grupo de microbiología para realizar PCR en tiempo real.

LCR POST MORTEM: Las muestras de LCR se deben obtener antes de la generación fenómenos cadavéricos tardíos en donde ocurre la putrefacción cadavérica máximo 3 días después de la muerte en condiciones de refrigeración con el fin de evitar contaminaciones.

### Desde VSP se realizan las siguientes acciones:

- Notificación del caso DE MANERA INMEDIATA desde probable para los 3 agentes bacterianos de vigilancia
- Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes.
- Acciones en las primeras 48 horas
- Visita domiciliaria IEC
- Visita institucional y BAC
- Bloqueos y barridos, revisión de carnet de vacunación
- Establecimiento de contactos cercanos y sintomáticos
- Entrega de profilaxis
- Revisión de condiciones higiénico-sanitarias.
- Seguimiento de casos diario y entrega de informes 24 horas, 48 horas, 72 horas y final al mes del evento y hasta el día 10a los contactos estrechos.
- Unidades de análisis de mortalidad en caso de haber una.
- Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

Y para finalizar se debe socializar la Información de circular 033 del 2016 ya que en esta se encuentra la situación y comportamiento distrital de la meningitis.

### 3. UTILIZACIÓN DE LA VACUNA INACTIVADA CONTRA LA POLIOMIELITIS DE MANERA FRACCIONADA

Comienza la intervención de PAI socializando los lineamientos Técnicos y Operativos para la utilización de la vacuna inactivada contra la Poliomiélitis de manera fraccionada -VIPf-, en el Esquema de Vacunación del PAI, Bogotá – 2017: Se inicia recordando el inicio e Ingreso al esquema de vacunación nacional, a partir del 1 de enero de 2018, el uso de la vacuna inactivada contra la poliomiélitis de manera fraccionada la cual se debe realizar de manera simultánea en todo el país; siendo el objetivo de la inmunización Proteger contra la poliomiélitis a la población infantil menor de un año de edad, asegurando las dos primeras dosis de VIPf por vía intradérmica, la población Objeto, esquema, dosis, intervalo, vía y edad de vacunación; Niños y niñas de 2 meses a 11 meses y 29 días, Todos los niños y niñas de 2 meses de edad hasta los 11 meses 29 días, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema

#### Ilustración 1: Esquema vacunación desde 1 enero 2018

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIPf	VIPf	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intradérmica	Intradérmica	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	0.1 ml	0.1 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Todos los niños y niñas que iniciaron antes del 01 de enero de 2018 el esquema de vacunación contra la Poliomiélitis con la primera dosis intramuscular, deben ser vacunados con el siguiente esquema

### Ilustración 2: Esquema poliomielitis antes del 01 de enero de 2018

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA	VIP	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIFICACIÓN	0.5 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Niños y niñas de 12 meses a 5 años, 11 meses y 29 días, Todos los niños y niñas de 12 meses de edad a 5 años 11 meses y 29 días, que inician el esquema de vacunación contra la Poliomielitis, a partir del 01 de enero de 2018 deben ser vacunados con el siguiente esquema

### Ilustración 3: Esquema poliomielitis de 12 meses de edad a 5 años 11 meses y 29 días

DOSIS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	1er Refuerzo	2º Refuerzo
TIPO DE VACUNA-VIA	VIP	VOPb	VOPb	VOPb	VOPb
VÍA	Intramuscular	Oral	Oral	Oral	Oral
DOSIS	0.5 ml	2 gotas	2 gotas	2 gotas	2 gotas

Niños y niñas de 2 meses a 5 años, 11 meses y 29 días Inmunocomprometidos, o con contacto con inmunocomprometidos, el esquema es y sigue siendo todo el esquema con la vacuna inactivada contra la Poliomielitis, dosis completa aplicada vía intramuscular.

### Ilustración 4: Esquema Niños y niñas de 2 meses a 5 años, 11 meses y 29 días Inmunocomprometidos, o con contacto con inmunocomprometidos

DOSIS	Primera	Segunda	Tercera	1er Refuerzo	2º Refuerzo
EDAD	2 MESES	4 MESES	6 MESES	18 MESES	5 AÑOS
TIPO DE VACUNA-VIA	VIP	VIP	VIP	VIP	VIP
VÍA	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular	Intramuscular
DOSIS	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml

En este momento hay vacunas contra poliomielitis Inactivada disponible;  
BILTHOVEN BIOLOGICALS: No replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1, 2 y 3

IMOVAX POLIO: No replicativa, confiere inmunidad contra los tipo 1 , 2 y 3

Vacuna VIPf: Principios activos (producidos en células Vero)

Virus de la poliomielitis tipo 1 cepa Mahoney (inactivado)40 UDa Virus de la poliomielitis tipo 2 cepa MEF-1 (inactivado) 8 UD Virus de la poliomielitis tipo 3 cepa Saukett (inactivado) 32 UD

Los demás componentes son: 2-fenoxietanol, etanol, formaldehído, medio 199 de Hanks (que contiene aminoácidos, sales minerales, vitaminas, glucosa, polisorbato 80 y agua para preparaciones inyectables, entre otros), ácido clorhídrico o hidróxido de sodio para ajuste del pH, y puede contener trazas de estreptomicina, neomicina o polimixina B.

El color de la vacuna del laboratorio VIP de Bilthoven Biological puede variar de naranja/amarillo o naranja/rojo, mientras que la de Sanofi es transparente.

#### PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES:

- ✓ La VIP no se debe administrar a personas con alergia documentada o conocida a la estreptomicina, la neomicina o la polimixina B, o con antecedentes de reacción alérgica después de una inyección previa de la VIP.
- ✓ La VIP se puede administrar a lactantes prematuros (nacidos con menos de 37 semanas de gestación) en la edad cronológica recomendada para otras vacunas del esquema de rutina.
- ✓ Las vacunas contra la poliomielitis (VIP dosis completa o fraccionada y bVOP) pueden ser administradas a los lactantes asintomáticos infectados con el VIH. La prueba del VIH no es un requisito previo para la vacunación.

#### VIA DE ADMINISTRACIÓN INTRADÉRMICA:

- ✓ Se formará de inmediato una pequeña pápula, la cual no debe ser presionada ni masajeadada, tampoco deberá colocarse compresas.
- ✓ Retire la aguja con cuidado sin forzar la piel y MUY LENTAMENTE.
- ✓ No está recomendado revacunar si la pápula no se forma.

Se indican el cómo se hace registro correcto de la vacuna para ingresar al aplicativo PAI

Probabilidad hay de un ESAVI por la VIPf; Las reacciones adversas notificadas después de la vacunación por lo general se produjeron en los tres primeros días después de la vacunación y fueron de carácter pasajero.

- ✓ Reacciones locales son raras: hinchazón, enrojecimiento, dolor en el sitio de punción.
- ✓ Reacciones sistémicas son raras: Malestar, fiebre.
- ✓ Trastornos neuronales son muy raros: (poli)neuropatía.
- ✓ Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino: Apnea en niños muy prematuros ( $\leq 28$  semanas).

y se recuerdan normas universales en el momento de la administración de biológicos

NOTA INFORMATIVA: Todo niño o niña que inicie el esquema de vacunación con dosis fraccionada de polio, debe recibir la segunda dosis fraccionada

#### **4. MANEJO PROGRAMÁTICO DE TUBERCULOSIS**

El programa de tuberculosis de la red inicia socializando la normatividad que esta rigiendo en este momento el programa de tbc: Resolución 412 del 2000, Circular 058 del 2009, Circular 001 del 2013, Circular 007 de 2015, Circular 055 de 2016

Así mismo se socializa la importancia de la canalización de sintomáticos respiratorios (Tos con/sin expectoración por más de 15 días, Tos es el síntoma más frecuente y se presenta en el 90 % de los casos pulmonares).

En cuanto al seguimiento se debe seguir de la siguiente manera:

Consulta médica : Se requiere un control médico al 2, 4, 6 mes o finalización del tratamiento.

Control de enfermería profesional: se realiza cada dos meses al 1, 3 y 5 mes de tratamiento esto es con el objetivo de vigilar adherencia al tratamiento, vigilar reacciones adversas al medicamento, realizar seguimiento al peso, valorar mejoría clínica, identificar factores de riesgo, solicitar bacilos copia de control, generar formula segunda fase.

Es importante saber que dentro de los factores de riesgo están:

- Hacinamiento
- Malas condiciones higiénicas.
- Inmunosupresión (VIH, LES)
- Diabetes
- Estrés
- Farmacodependencia
- Red de Apoyo

- Seguimiento a contactos

## SEGUIMIENTO BACTERIOLOGICO

A los pacientes con baciloscopia positiva

Al finalizar primera fase, en la mitad de la segunda fase, al finalizar tratamiento.

Pacientes dx por cultivo los controles se realizan por cultivo.

Si la baciloscopia del segundo mes es positiva debe solicitarse cultivo y pruebas de susceptibilidad

### Ilustración 5: Solicitud de medicamento

TUBERCULOSIS ACTIVA	TUBERCULOSIS LATENTE (PROFILAXIS)
FICHA DE NOTIFICACIÓN	TARJETA DE TRATAMIENTO
TARJETA INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO	FORMULA MEDICA
FORMULA MEDICA (DE ACUERDO A ESQUEMAS)	HISTORIA CLINICA (RX DE TORAX, BK SI APLICA, DESCARTE DE UNA TB ACTIVA) Y F.R.
RESUMEN HISTORIA CLINICA	RESULTADO DE LA PPD
LABORATORIO DIAGNOSTICO	-
PRUEBA DE VIH	-

Y por último y para terminar la socialización se pide a cada una de las instituciones que se envíe o se socialice la circular 055 de 2016 donde:

Actualiza esquemas de tratamiento en Niños

Actualiza esquemas de tratamiento para TB – FR

Actualiza Programación Meta de Captación de Sintomáticos Respiratorios.

Para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS Públicas y Privadas) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios la programación se hará sobre el 50% de la población mayor de 15 años afiliada o atendida durante la vigencia anual; de esta población se estima que el 5% serán considerados sintomáticos respiratorios. Esta será la meta de captación de sintomáticos respiratorios a captar en el año.

## 5. UNIDAD DE ANALISIS

Siguiendo el tema principal de meningitis se socializa un caso clínico para que al final cada una de las IPS resuelva las preguntas referentes al caso.

### CASO CLÍNICO:

Motivo de consulta: me siento mal, tengo dolor en piernas, dificultad para caminar y dolor de cabeza

Enfermedad actual: hombre de 20 años de edad que acude a consulta de urgencias y refiere que hace 3 días presenta dolor de cabeza, alteraciones en la marcha, fiebre de inicio súbito, rinorrea.

Antecedentes de la paciente:

No refiere antecedentes médicos,

Quirúrgicos: apendicetomía

Alérgicos: ninguno

Tóxicos: fumador de marihuana

Exploración

T/A: 130/85, T: 39.5° C, FC: 110x min FR 22 X min, saturación 92% Glasgow 14/15

Dx. Principal: CEFALEA

Análisis paciente de 20 años de edad quien persiste con cefalea paciente adinámica palidez mucocutánea generalizada, el día de ayer y de hoy presenta varios episodios eméticos , refiere médico de turno que fueron en proyectil

Se revalora paciente con resultados de paraclínico en los cuales se reporta hemograma; 24.93 leucos neutrófilos 95.5% lin 2.0% hb 13.5 hto 40.7 plaq 190.000

Glucosa:

155

tac de cráneo: no se evidencian hematomas ni hemorragias

Análisis a las 5 horas: al examen físico llama la atención el deterioro neurológico que presenta la paciente no responde verbalmente, se evidencia rigidez nuchal se inicia antibiótico terapia

Evolución a las 10 horas paciente somnoliento, no obedece órdenes, ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos, paraclínicos con leucocitosis a expensas de neutrofilia, en el momento con SIRS, ordenó toma de nuevos paraclínico para protocolo de sepsis

Se realiza punción lumbar obteniendo liquido turbio con presión de salida aumentado, considero que cursa con neuroinfección se ordenan estudios para liquido e inicio de vancomicina y ceftriaxona

Evolución a las 18 horas: requerimiento de soporte ventilatorio y vasopresor. Paciente con síndrome alteración del estado de la conciencia con deterioro progresivo asociado a signos de irritación meníngea estudio líquidos cefalorraquídeo compatible con infección por bacterias, durante la revista médica paciente presenta deterioro de estado de conciencia asociada a signos de hipertensión endocraneana )iii par, posteriormente falla ventilatoria, se decide traslado a sala de reanimación y aseguramiento de vía aérea mediante intubación orotraqueal.

Paciente masculino con diagnósticos de choque séptico por neuroinfección aislamiento bacteriano en LCR pendiente tipificación, paciente en mal estado general, con requerimiento de soporte de vasopresor y ventilatorio, paciente ausencia de reflejos de tallo,. se considera paciente en mal estado general, pobre pronostico vital a corto plazo, se continua manejo medico instaurado. Pendiente traslado a unidad de cuidado intensivo refieren que previo a traslado realización de tac cerebral simple para descartar lesión hemorrágica asociada

dx 3.- meningitis bacteriana a tipificar

Paciente quien durante traslado a la ambulancia presenta ritmo de fibrilación ventricular sin pulso, se inician maniobras de reanimación según guías de la AHA durante 40 minutos, sin lograr retomar circulación espontanea, se declara fallecida a las 19+57 pm

### **Preguntas:**

1. Cumple con definición de caso algún evento en salud pública?
2. Si respondió si a la anterior pregunta ¿Cual evento consideraría usted?

3. ¿qué muestras tomaría?
4. Si el líquido es positivo para alguna bacteria usted lo notificaría y porque?
5. Si realizo la notificación esta se haría semanal o inmediata
6. Enviaría la muestra a SDS y por qué?
7. Considera que los profesionales de la salud que atendieron el caso requieren profilaxis antibiótica?
8. Si usted considero notificar el caso además de la ficha de notificación que otros documentos debería enviar
9. Dado que el paciente falleció considera que debe realizar una unidad de análisis interna donde se analicen por demoras?

## 6. SIVIGILA- TABLEROS DE CONTROL

Se realiza socialización de los tableros de control donde se resalta la oportunidad de notificación, ingreso de laboratorios, porcentaje en positividad y negatividad se aclara nuevamente los correos de notificación y se socializa el resumen del año en cuanto a comportamiento , luego se les recuerda que los tableros van acompañados de asistencia al COVE Local, envió de la BAI.

Se indica que la oportunidad de la base, los ajustes y los tableros de control van a ser enviados a los correos de las instituciones, se resalta la importancia de notificación inmediata todos los días incluyendo los eventos que están dentro del plan de choque ya que se ha evidenciado que los eventos están siendo notificados tardíamente.

Se desea una feliz navidad y próspero año nuevo para todos

### D) DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DEL COVE

El abordaje conceptual y operativo busca ordenar sistemáticamente los contenidos, procesos y actividades con el fin de mejorar las condiciones de la vigilancia en eventos de interés de salud pública de la población de la localidad de Suba.

Las presentaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad meningocócica son la meningitis y la meningococemia. El curso de la enfermedad se caracteriza por comienzo repentino que puede caracterizarse por fiebre, cefalea intensa, náuseas y vómitos, rigidez de nuca y exantema. Debido a estos síntomas inespecíficos, en

muchas ocasiones los pacientes no son diagnosticados tempranamente y la mayoría de los casos progresan rápidamente y, sin tratamiento, son fatales. La tasa de letalidad por meningitis está alrededor del 5-10%, por septicemia fulminante excede el 15-20% y muchas veces alcanza el 40%

Cerca de un 20% de los sobrevivientes a la enfermedad meningocócica sufren de secuelas físicas como: amputaciones múltiples, cicatrices y deformidades. Igualmente, pueden presentar complicaciones neurológicas que incluyen sordera, parálisis, convulsiones o alteraciones neurosensoriales.

Siendo la vigilancia un concepto positivo que no se reduce a la presencia o ausencia de enfermedad; identificada como fundamental para el logro de bienestar, calidad de vida y tendiendo como conocimiento que las acciones de vigilancia involucran a todas las personas y comunidades de la localidades sensible a sus necesidades.

Permitiendo tener como meta dentro de las IPS mejorar las coberturas de implementación, identificación y notificación de los eventos como la meningitis descrito en el COVE. Requiere de acompañamiento y compromiso político de las instancias superiores: Gobernación, Entes Territoriales, Alcaldías, EPS (IPS) públicas y privadas.

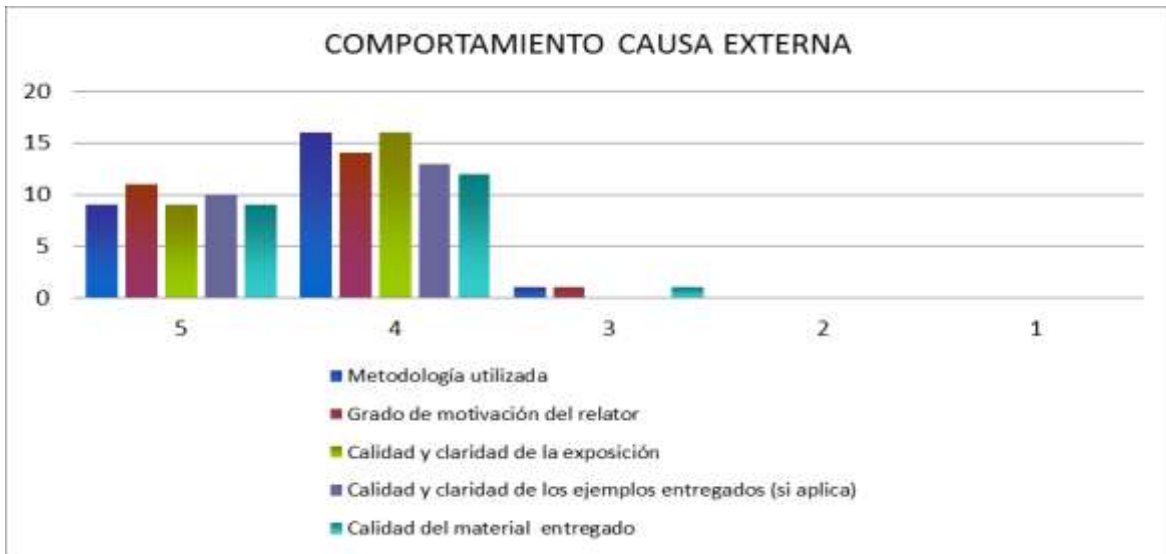
Permitiendo Definición e implementación de rutas de atención en la Vigilancia epidemiológica de los eventos de salud pública que con lleven a un adecuado diagnóstico y oportuno para pronto tratamiento.

## **E) RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL COVE.**

Una vez abordada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del ejercicio:

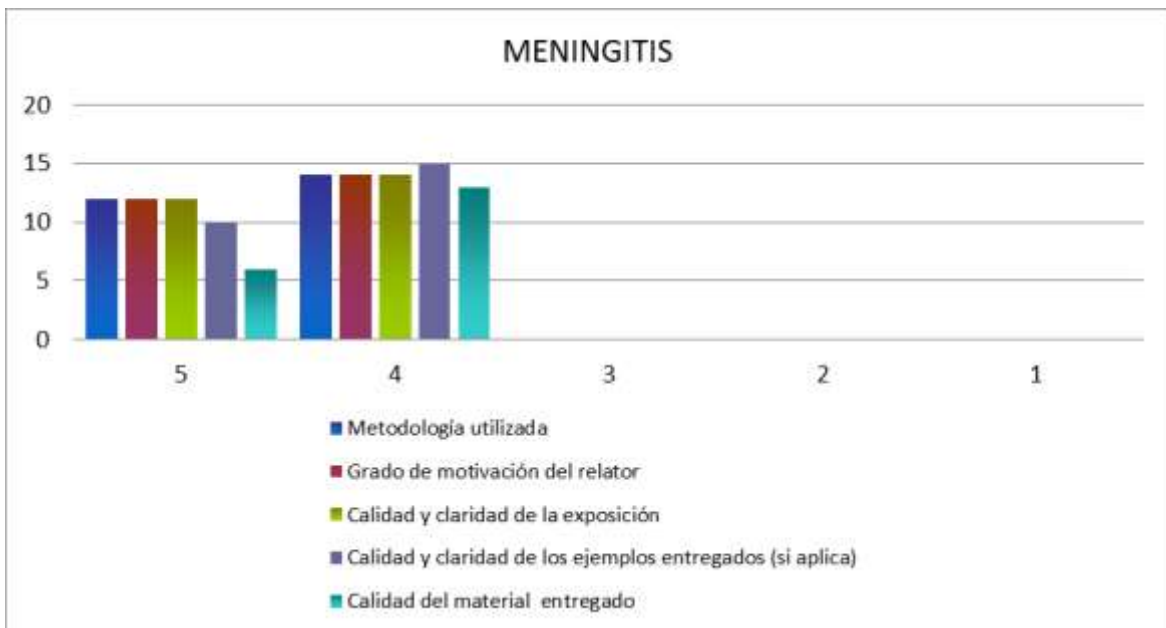
Una vez abordada la agenda del COVE, se procede a realizar la evaluación del ejercicio, se observa dentro de los aspectos generales del COVE el promedio de calificación es 4,0. Cumplimiento de horario recibe el promedio más alto con 4.5.

Dentro de la calificación de cada tema el primero es de Operación del subsistema SIVELCE VSP. el que recibe el puntaje más alto es metodología utilizada con el 4,4 evaluando como bueno el tema, así como lo muestra en la gráfica 1 el mayor número de personas que asistieron calificaron sobre 4 la intervención



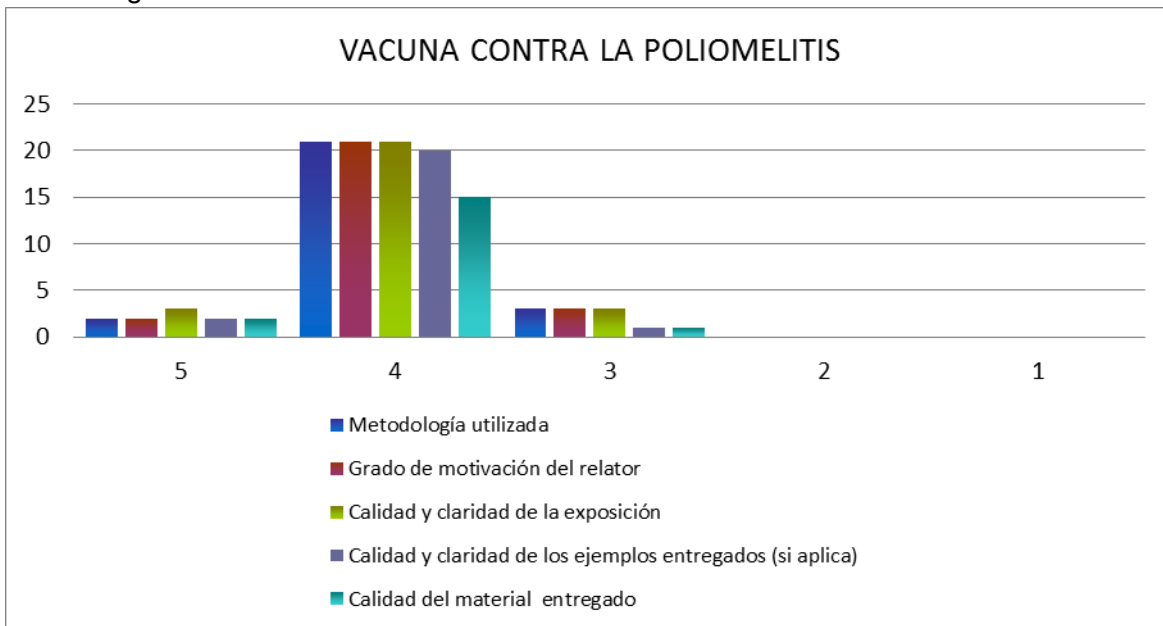
**Fuente: sistematización de COVE local diciembre 2017**

Frente a la presentación de meningitis, el promedio general fue de 4,4; donde la claridad del tema utilizado fue el que obtuvo valor más alto con 4,4; los demás ítems evaluados estuvieron en promedio 4,4.



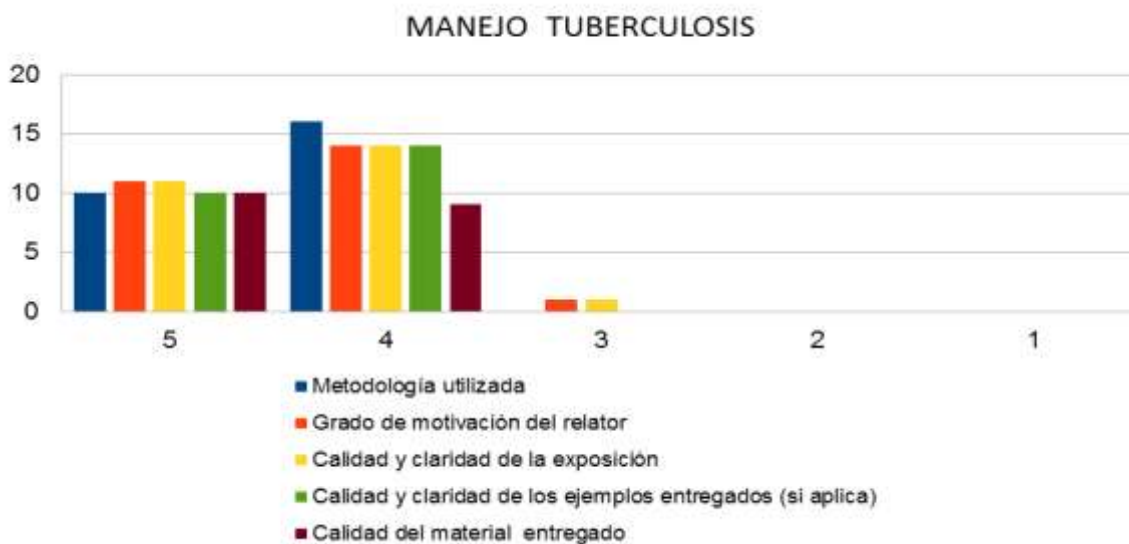
**Fuente: sistematización de COVE local diciembre 2017**

Con la presentación de vacuna contra la poliomeilitis, el promedio general fue de 4,0; la metodología tuvo la calificación más alta con el 4.1.



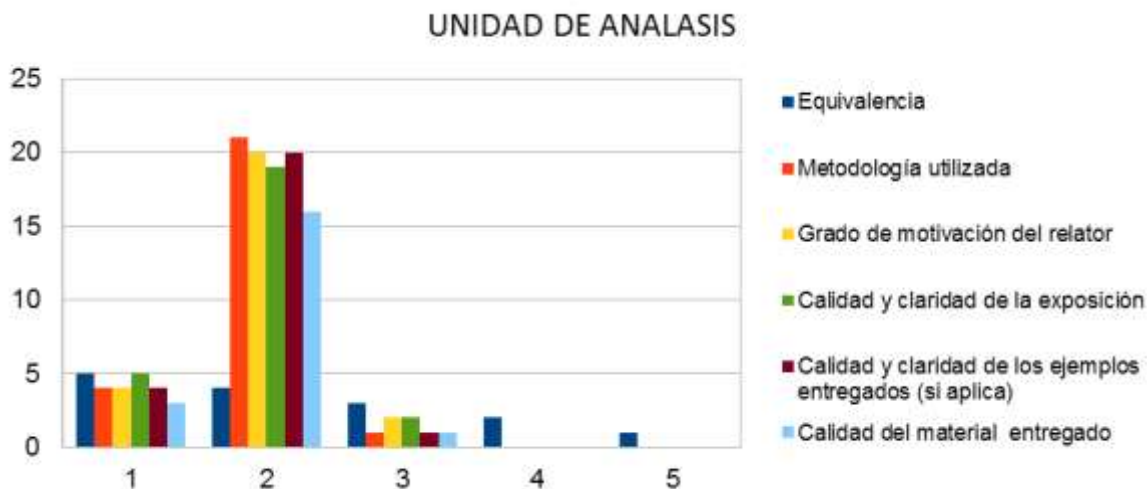
Fuente: sistematización de COVE local diciembre 2017

Con la presentación de manejo de tuberculosis, el promedio general fue de 4,4; donde la metodología utilizada fue el que obtuvo valor más alto con 4,5; los demás ítems evaluados estuvieron en promedio 4,4.



**Fuente: sistematización de COVE local diciembre 2017**

En la unidad de análisis el promedio general fue de 4,1; donde la metodología utilizada fue el que obtuvo valor más alto con 4,1; los demás ítems evaluados también tuvieron evaluación de 4.1 calificándolo como bueno.



**Fuente: sistematización de COVE local diciembre 2017**

El COVE desarrollado permito a los asistentes recordar y aclarar las dudas de los eventos que hace parte de la Vigilancia epidemiológica resaltando la importancia y oportunidad de la notificación la cual debe ser inmediata en el evento de meningitis, así mismo se a claro la importancia del diligenciamiento de las fichas con calidad lo cual permite llevar a cabo la investigación epidemiológica de campo para una atención que permita controlar el evento reportado y disminuir el impacto en la Salud Publica.

## **F) CONCLUSIONES**

- Se espera que el otro año se disponga del acceso a los rips en el caso de las UPGD de la red perteneciente a Suba para llevar a cabo los procesos de BAI y reporte eventos colectivos.

## **F) RECOMENDACIONES**

No se da ninguna recomendación

## **G) SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ANTERIORES**

No había compromisos anteriores